

ОНКОЛОГИЯ И ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ

УДК 616-006

doi:10.18720/SPBPU/2/id22-271

Иван Владимирович Рыков

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
здравоохранения Санкт-Петербургская клиническая больница
Российской академии наук,
г. Санкт-Петербург*

ЗНАЧЕНИЕ И ПРИНЦИПЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ОНКОЛОГИИ

Аннотация. Паллиативная помощь (ПП) является высоко востребованной не только у онкологических, но и кардиологических и других пациентов. В обзоре рассмотрены значение ПП и основные барьеры, мешающие интеграции ПП в медицинскую практику.

Приведены критерии для направления пациентов на паллиативную помощь. Обсуждено понятие «качество смерти».

Ключевые слова: паллиативная помощь, критерии направления на паллиативную помощь, качество смерти, алгоритмы паллиативной помощи.

Ivan V. Rykov

*Saint-Petersburg Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences,
Saint - Petersburg*

VALUES AND PRINCIPLES OF PALLIATIVE CARE IN ONCOLOGY

Abstract. Palliative care (PC) is an important part of treatment not only in oncology, but also in cardiology and many other medical fields. In this overview we've discussed value of PC and barriers for implementation of PC in routine medical practice, criteria for referring to PC specialist.

Also the ideas of quality of death and principles of end-of-live care have been discussed.

Keywords: palliative care, palliative care referral criteria, quality of death, palliative care algorithm.

Существует большое количество определений понятия «паллиативной помощи», но наиболее полное представила ВОЗ. Согласно ему «паллиативная помощь» – это помощь, направленная на повышение **качества жизни пациентов и их семей**, которые сталкиваются с проблемами, сопутствующими опасным для жизни заболеваниям [1].

Согласно данным ВОЗ в мире более 40 млн. человек нуждается в проведении паллиативной помощи и только 14% получают ее в полном объеме [1, 2].

При этом представление о том, что в паллиативной помощи (ПМ) нуждаются в основном онкологические пациенты, не соответствует действительности и основную долю составляют люди с хронической сердечной недостаточностью [1, 2] (рис. 1).

Согласно международным клиническим рекомендациям, ПМ должна начинаться с момента постановки диагноза, продолжаться весь период лечения и реабилитации, а не только оказываться на этапе ухода в конце жизни [3,4].

Существуют несколько причин для ранней интеграции ПМ в лечение онкологического пациента. Прежде всего, до 80% пациентов с онкопатологией имеют симптомы, требующие коррекции на момент постановки диагноза. Многие симптомы будут возникать в процессе лечения, как осложнения хирургии или лекарственной терапии, что приводит к тому, что онкологические пациенты могут испытывать сразу несколько выраженных симптомов.

Кроме того, подавляющее большинство пациентов с солидными опухолями и гемобластозами, а также их семьи, испытывают выраженный психологический дистресс из-за непонимания прогноза и последствий лечения [5, 6].

Значение ПМ показано в клинических исследованиях. Например, в ретроспективном исследовании Sullivan et al. было показано,

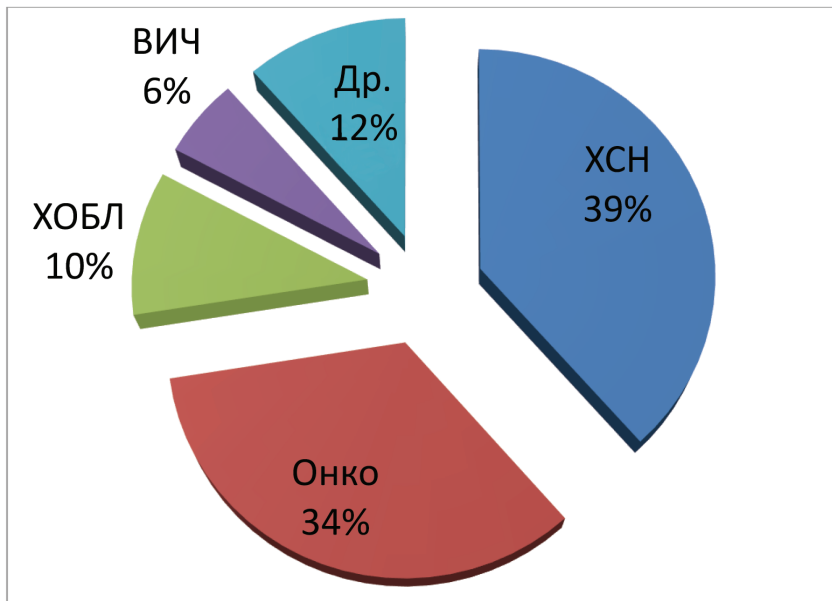


Рис. 1. Распределение пациентов нуждающихся в онкологической помощи

что внедрение ПМ на раннем этапе лечение пациентов с распространенным раком легкого, приводило к значимому увеличению общей выживаемости [8] (рис. 2).

Еще в одном исследовании May P. et al. [9] оценили влияние ПМ на стоимость лечения онкологического пациента. В результате, анализ показал снижение длительности госпитализации в отделение реанимации на 33 % и уменьшение частоты повторных госпитализаций на 4 % при эффективном внедрении ПМ.

Несмотря на огромное значение ПМ, ее внедрение в повседневную клиническую практику сталкивается с 3 принципиальными барьерами [7].

Барьеры, ассоциированные с течением заболевания:

- Прогностическая неопределенность, когда нет четких критериев для отказа от противоопухолевого лечения и перехода на ПМ.

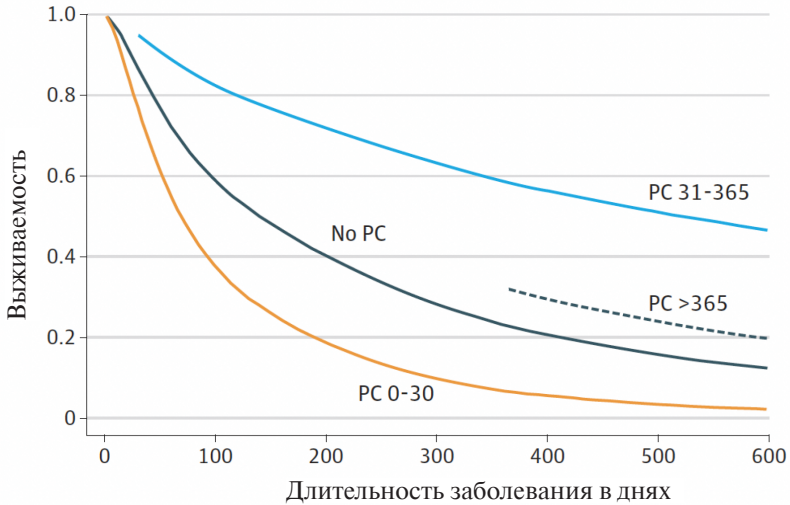


Рис. 2. Выживаемость пациентов с распространенным раком легкого при внедрении ПМ на раннем этапе лечения

- Пациенты, нуждающиеся в ПП с начала лечения
- Пациенты, не получающие ПП
- Пациенты, получающие ПП с 30 дня от начала терапии

- Потребность в «цикловом» лечении, когда требуется регулярная госпитализация для проведения химиотерапии и нет времени для проведения симптоматического лечения.

Системные барьеры:

- Недостаток специалистов паллиативного профиля.
- Неадекватная инфраструктура паллиативной помощи (нехватка хосписов, отсутствие лечебно-диагностических возможностей в хосписах).
- Малое количество клинических исследований и доказательной базы в ПМ.

Культурологические барьеры:

- Приравнивание паллиативной помощи и помощи умирающему пациенту.
- Боязнь онкологов передать на лечение пациента другому специалисту.

- Отсутствие знаний о возможностях паллиативной помощи.

Для определения показаний к проведению паллиативной помощи, предложены различные варианты критериев. Одними из наиболее распространенных являются критерии CAPC [10] включающие следующие блоки:

- Общие критерии (неясность прогноза и лечения, потребность в постоянной медицинской помощи, дистресс пациента или семьи).

- Опухоль – ассоциированные критерии (наличие метастатического рака или прогрессирующее опухолью не фоне лечения, низкий соматический статус, поражение ЦНС, симптоматическая гиперкальциемия, наличие асцита, плеврита или перикардита).

- Неврологические критерии (низкие показатели шкал психического статуса, потребность в зондовом питании, тяжелые неврологические заболевания, рецидивы опухоли ЦНС, деменция).

При выявлении любых из этих критериев, целесообразна консультация врача ПМ.

Отдельной, плохо реализованной концепцией в медицине, является принцип «качества смерти».

Большинство пациентов с неизлечимыми заболеваниями будут нуждаться в конце жизни в интенсивной медицинской поддержке. Алгоритм такой помощи включает в себя 6 основных доменов [11]:

1. Симптомы и самообслуживание

- Контроль боли.
- Способность комфортно дышать.
- Контроль над физиологическими отправлениями.

2. Подготовка к смерти

- Ощущение умиротворения.
- Отсутствие страха.
- Отсутствие напряжения близких.
- Решение финансового вопроса в лечении.
- Возможность общения с представителями религии.

3. Момент смерти

- Выбор места смерти.
- Выбор состояния смерти (сон, бодрствованием, наркоз).

- Возможность быть с родственниками при желании.

4. Семья

- Возможность быть с родственниками и друзьями.
- Возможность иметь время побыть одному.
- Возможность взаимодействовать с питомцами.

5. Предпочтения по лечению

- Обсуждение и выбор лечебных манипуляций.
- Возможность отказа от ИВЛ и диализа.

6. Личностные предпочтения (сохранение самоуважения и самоконтроля и т. д., возможность смеяться и улыбаться)

Несмотря на наличие понятных и простых алгоритмов, оказание эффективной ПМ представляется крайне сложной задачей в современной онкологии.

В перспективе основными задачами для улучшения ситуации являются – обучение специалистов по паллиативной помощи, увеличение количества хосписов и их интеграция с многопрофильными центрами, создание клинических рекомендаций и протоколов ПМ, а также проведение клинических исследований.

Важно помнить, что ПМ требует мультидисциплинарного подхода с привлечением специалистов всех профилей и может потребоваться любому пациенту, независимо от нозологической формы болезни.

Список литературы

1. WHO | WHO Definition of Palliative Care. www.who.int, 5 августа 2020 г.
2. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
3. ESMO Clinical Practice Guidelines on palliative care: advanced care planning. *Annals of Oncology* 25 (Supplement 3): iii138–iii142, 2014 doi:10.1093/annonc/mdu241
4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Palliative Care, Version 1.2022 — March 8, 2022
5. **Fadul NA, El Osta B, Dalal S, Poulter VA, Bruera E.** Comparison of symptom burden among patients referred to palliative care with hematologic malignancies versus those with solid tumors. *J Palliat Med.* 2008 Apr;11(3):422-7. doi: 10.1089/jpm.2007.0184

6. Характеристика качества жизни и симптомов у больных с распространенными солидными опухолями и гемобластозами. Новик А.А. et al. Вестник НМХЦ 2009

7. **El-Jawahri A, Nelson AM, Gray TF, Lee SJ, LeBlanc TW.** Palliative and End-of-Life Care for Patients With Hematologic Malignancies. *J Clin Oncol.* 2020 Mar 20;38(9):944-953. doi: 10.1200/JCO.18.02386. Epub 2020 Feb 5.

8. **Sullivan DR, Chan B, Lapidus JA, et al.** Association of Early Palliative Care Use With Survival and Place of Death Among Patients With Advanced Lung Cancer Receiving Care in the Veterans Health Administration. *JAMA Oncol.* 2019;5(12):1702-1709. doi:10.1001/jamaoncol.2019.3105

9. **May P, Normand C, Cassel JB, Del Fabbro E, Fine RL, Menz R, Morrison CA, Penrod JD, Robinson C, Morrison RS.** Economics of Palliative Care for Hospitalized Adults With Serious Illness: A Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2018 Jun 1;178(6):820-829. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.0750

10. Palliative Care Referral Criteria. Updated April 15, 2022. Center to Advance Palliative Care (CAPC). Internet. Available at <https://www.capc.org/documents/download/286/>. Accessed on March 18, 2022

11. **Wilkie DJ, Ezenwa MO.** Pain and symptom management in palliative care and at end of life. *Nurs Outlook.* 2012 Nov-Dec;60(6):357-64. doi: 10.1016/j.outlook.2012.08.002. Epub 2012 Sep 14. PMID: 22985972

Сведения об авторах

Рыков Иван Владимирович, кандидат медицинских наук, заведующий отделением онкологии, реабилитации и паллиативного лечения Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения Санкт-Петербургской клинической больницы Российской академии наук, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург

E-mail: rykov.ivan@gmail.com

Ivan V. Rykov, Candidate of Sciences in Medicine, Head of the Department of Oncology, Rehabilitation and Palliative Treatment of the Saint-Petersburg Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences, Russian Federation, Saint-Petersburg

E-mail: rykov.ivan@gmail.com